FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N° 740

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves JOUSSET

Né le 11 Juillet 1920, à Niort.

- 9 JUIL 1948

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

AU

SUJET D'UNE OBSERVATION D'UN CANCER TRACHÉO-ŒSOPHAGIEN NON FISTULISÉ

Président : M. BARIETY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

- 3 JUIL 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **JOUSSET.**

Prénom : **Yves.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

JOUSSET (Yves). — Au sujet d'une observation d'un cancer trachéo-œsophagien non fistulisé. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 51 *p.*

(*Thèse Medec. (Etat), Paris* 1948, *N°* .....).

JOUSSET (Yves). — Au sujet d'une observation d'un cancer trachéo-œsophagien non fistulisé. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 51 *p.*

(*Thèse Medec. (Etat), Paris* 1948, *N°* .....).

JOUSSET (Yves). — Au sujet d'une observation d'un cancer trachéo-œsophagien non fistulisé. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 51 *p.*

(*Thèse Medec. (Etat), Paris* 1948, *N°* .....).

JOUSSET (Yves). — Au sujet d'une observation d'un cancer trachéo-œsophagien non fistulisé. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 51 *p.*

(*Thèse Medec. (Etat), Paris* 1948, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves JOUSSET

Né le 11 Juillet 1920, à Niort.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

AU

SUJET D'UNE OBSERVATION D'UN CANCER TRACHÉO-ŒSOPHAGIEN NON FISTULISÉ

Président : M. BARIETY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. VELTER.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale.	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie.	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie.	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

EN SOUVENIR DE MA MERE

A Monsieur le Professeur BARIETY

Professeur de la Chaire d'Histoire de la Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

On rencontre très souvent des cancers œsophagiens. Très exceptionnelles sont les observations de cancers trachéaux n'ayant pas encore envahi les organes voisins, et encore leurs diagnostics ne sont-ils souvent que des découvertes d'autopsie.

Par contre, on voit assez souvent des perforations œsophago-trachéales dues à l'envahissement néo-plasique des parois de la trachée et de l'œsophage, et à leur nécrose secondaire. De moins en moins rares, depuis que la bronchoscopie devient une méthode courante d'investigation, sont aussi les observations de cancers trachéo-œsophagiens dépistés à un stade plus précoce, avant perforation. En relisant ces observations, nous sommes surpris de constater que toujours on accuse les cancers œsophagiens d'avoir envahi la trachée, sans que jamais on envisage le processus inverse, c'est-à-dire le cancer trachéal primitif.

Et pourtant, nous nous demandons comment certains auteurs peuvent admettre cette propagation de l'œsophage vers la trachée, alors que l'impression première inclinerait à admettre l'inverse. Ainsi, dans une observation, toute la symptomatologie attirait l'attention vers l'arbre respiratoire et vers lui seul : l'hémoptysie, le cornage, la dyspnée intense; seule l'autopsie révèle en face d'une importante lésion trachéale, une lésion de l'œsophage qui fait porter le diagnostic de cancer œsophagien.

Connaître l'origine trachéale ou œsophagienne de ces formes est un problème que M. AMEUILLE soulevait déjà dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, le 6 mars 1942 (cancers broncho-œsophagiens, p. 115). Il concluait que, si l'histoire clinique et l'ins-

pection du cancer pouvaient logiquement faire penser à un début trachéal, rien cependant ne pouvait permettre de l'affirmer de façon absolue. Notamment, ni l'examen histologique qui révèle des lésions identiques pour ces deux formes de cancers, ni l'étude macroscopique, n'apportent de preuves concluantes.

Actuellement, il serait donc logique d'admettre que les cancers trachéo-œsophagiens, avec ou sans fistule, sont les conséquences de l'évolution d'un cancer trachéal aussi bien que d'un cancer œsophagien. Nous appuyant sur l'observation de l'une de ces formes, non fistulisée, faite à l'hôpital de Lagny, nous allons examiner les signes du cancer trachéal, en mettant en parallèle leurs valeurs œsophagiennes. Ensuite, nous verrons :

1) Comment on peut être amené à faire le diagnostic de cancers trachéaux en étudiant les diagnostics différentiels.

2) Comment on peut être amené, grâce à certains signes, à suspecter l'atteinte de la trachée dans les cas de cancers œsophagiens confirmés.

3) S'il nous est possible de déterminer l'origine trachéale ou œsophagienne ayant déterminé un envahissement trachéo-œsophagien.

OBSERVATION
D'UN CANCER TRACHEO-ŒSOPHAGIEN

Un malade nous est envoyé le 21 février 1947 pour une adénite cervicale et une toux quinteuse.

C'est un malade de soixante dix-neuf ans, bien portant jusqu'à l'hiver 1945 ; ce n'était ni un tousseur, ni un cracheur habituel. A cette date, il contracte « une trachéite à la suite d'un chaud et froid » : toux banale et sèche qui ramène bientôt une expectoration de faible abondance. Depuis, il tousse et expectore, semble-t-il, sans arrêt avec des intensités variables.

En août 1946, il a notablement maigri, et un enrouement continu et progressif s'installe. En septembre, il remarque un gros ganglion dur et indolore au-dessus de sa clavicule gauche. En décembre, il éprouve quelques difficultés à avaler.

En février 1947, l'amaigrissement continuant à progresser, le ganglion augmentant de volume et surtout l'alimentation devenant très difficile, ce malade vient nous consulter et nous l'examinons.

Examen clinique.

C'est un homme de 1 m. 70, asthénique et très amaigri : il ne pèse que 39 kg. 700. Très déshydraté, ses téguments, secs, jaunâtres et ridés, conservent longtemps les plis qu'on leur imprime. Son appétit est pourtant bien conservé, mais il ne peut faire franchir à son pharynx que quelques gorgées de bouillies semi-épaisses, après de longs et pénibles efforts, entrecoupés de quintes de toux. Aucun liquide ou solide ne passe ; il ne ressent aucune douleur, simplement parfois une gêne rétro-sternale.

Sa voix est bitonale et voilée. Très légèrement dyspnéique, il est par instant secoué d'une toux rauque et sourde. Parfois, surtout au moment de ses essais d'alimentation, il est pris de véritables quintes entrecoupées d'inspirations profondes, bruyantes, avec tirage sus-sternal. L'expectoration assez peu abondante varie de 10 à 40 cc. par jour : ce sont des crachats muco-purulents qui furent une fois teintés de sang; après la bronchoscopie, ces crachats hémoptoïques furent plus fréquents; jamais on n'y a trouvé de bacilles de Koch.

Le long de la chaîne jugulaire gauche, on fait rouler sous les doigts des ganglions petits et durs. Dans l'espace sus-claviculaire gauche, à la naissance du cou, un gros ganglion, de la taille d'une petite mandarine, fluctuant et indolore, est fixé en profondeur; le tissu cutané qui le recouvre est aminci, brillant, de couleur brune, avec des reflets cuivrés. La ponction le vide en ramenant 20 cc. d'une sérosité chocolatée et relativement fluide qui se reforme dans les quarante-huit heures, nécessitant des ponctions répétées. Le laboratoire n'y trouve que des polynucléaires; il n'y a pas de cellule néo-plasique, et la culture est négative.

L'auscultation apporte peu de choses : la respiration est très superficielle et légèrement soufflante dans les deux champs pulmonaires; les bruits du cœur sont légèrement assourdis, surtout à la base. La tension artérielle est de 12-8.

Une formule sanguine révèle une anémie à 3.200.000 globules rouges et 5.000 globules blancs, avec légère prédominance lymphocytaire. La cuti-réaction est négative. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen radiologique de l'œsophage est impossible, car le malade ne peut avaler une seule goutte de bouillie barytée. L'examen pulmonaire montre dans la région juxta-trachéale gauche une opacité arrondie, de la taille d'une grosse pièce de deux francs, repoussant légèrement l'œsophage à droite. La crosse de l'aorte paraît normale.

Une endoscopie est alors pratiquée :

1) On note la paralysie de la corde vocale gauche non inflammée.

2) Dans la trachée, on rencontre, sur la face gauche, à 20 cm., une voussure bourgeonnante et saignante qui réduit de plus de la moitié le calibre de la lumière.

3) Dans l'œsophage, à 20 cm., on rencontre, après avoir franchi un spasme, une muqueuse bourgeonnante.

La biopsie faite sur les deux lésions montre qu'on est en présence d'un épithélioma malpighien atypique.

Par la suite, l'état ayant empiré rapidement, la famille reprend le malade, qui meurt quelques jours après. Sa sortie de l'hôpital eut lieu le 11 mai 1947.

LES TROUBLES FONCTIONNELS

1. — *La dysphonie.*

Cette dysphonie est caractérisée par un enrouement, une voix bitonale dus à la parésie ou à la paralysie d'une corde vocale (corde vocale gauche dans le cas présent) dues à la compression de l'un des récurrents par la tumeur. L'atteinte des deux récurrents se rencontre parfois, et donne lieu à l'aphonie par paralysie double.

Au miroir laryngoscopique, on constate l'immobilité de l'une des deux cordes vocales en position médiane ou para-médiane; il n'y a aucune lésion inflammatoire, leurs couleurs sont normales. Au début, l'aryténoïde correspondant peut être encore animé de quelques mouvements, mais très rapidement l'immobilité est complète.

Chez notre malade, la date d'apparition de la dysphonie est contemporaine à celle de la dysphagie. Et de fait, en relisant d'autres observations, on constate qu'elle apparaît généralement au moment ou même après les troubles œsophagiens.

Dans les cas de cancers œsophagiens purs, on retrouve très souvent la dysphonie. Dans les observations de cancers trachéaux isolés, elle est moins fréquente, mais elle existe parfois. C'est donc un symptôme commun à ces deux formes, et cela se conçoit aisément si l'on considère la topographie des récurrents.

Le nerf récurrent droit se détache du pneumogastrique en avant de l'artère sous-clavière droite, qu'il contourne par dessous; puis il parcourt la gouttière formée par l'accolement de la trachée et de l'œsophage jusqu'au larynx. Le nerf récurrent gauche se détache du pneumogastrique en regard de la crosse aortique qu'il embrasse dans sa concavité, puis il s'applique sur la face latérale de la trachée et sur la face antérieure de l'œsophage qui déborde par suite de son attraction à gauche. Le nerf récurrent droit est en rapport avec ces deux conduits sur un parcours beaucoup plus réduit que le récurrent gauche, puisque le niveau de la crosse de l'aorte est très inférieur à celui de la sous-clavière droite : c'est ce qui explique qu'il est de beaucoup le plus souvent atteint.

Toute tumeur, aussi bien œsophagienne que trachéale, peut donc comprimer ces nerfs et, par suite, la dysphonie ne peut indiquer l'origine de la compression.

2. — *La dyspnée.*

Elle traduit la difficulté que rencontre l'air à passer dans un conduit notablement diminué de calibre.

Cette dyspnée est une gêne de la respiration, le plus souvent inspiratoire et expiratoire, avec cornage et tirage sus-sternal. Il n'y a pas de polypnée et, parfois même, on note un certain ralentissement du rythme. Enfin, si au début ce n'est qu'une simple dyspnée d'effort pouvant faire errer le diagnostic sur une forme cardiaque, elle devient rapidement continue et progressive. Cependant, elle peut être entre-coupée de loin en loin de rémissions partielles ou de recrudescences brusques dues à la formation ou à la fonte d'un œdème péri-tumoral : on risque alors de la confondre avec une crise d'asthme.

Ce sont le plus souvent des cancers haut situés ou bas situés qui en sont cause : une tumeur de moyenne importance peut alors aisément obstruer les orifices rétrécis que représentent la glotte et l'entrée des grosses bronches.

Dans la partie moyenne de la trachée, le cancer doit être de forte taille pour oblitérer suffisamment un orifice de 12 mm. de diamètre, surtout si l'on pense que cette tumeur tend beaucoup plus à croître en périphérie qu'en hauteur, et à s'étendre en profondeur vers les organes voisins qu'à combler la lumière trachéale. D'ailleurs, sans doute par suite de la lenteur de la progression, on est parfois surpris dans ce cas de la grande tolérance de la trachée qui se laisse envahir aux deux tiers sans aucunement manifester (c'est ce que l'on peut constater par notre observation). Dans les tumeurs de la partie moyenne de la trachée, on doit donc invoquer la paralysie des cordes vocales par compression des récurrents, associée à une diminution du calibre de l'arbre respiratoire.

La dyspnée est alors un symptôme plutôt tardif ou terminal et, chez notre malade, nous la retrouvons seulement dans les derniers jours. Mais souvent, dans les formes hautes ou basses, elle fut assez précoce et assez intense pour faire rechercher et porter le diagnostic de cancer trachéal, et nous la retrouvons dans presque toutes les anciennes observations de ces formes découvertes « in vivo ». C'est alors un symptôme capital, car une lésion œsophagienne, n'ayant pas tendance à envahir l'arbre respiratoire, peut très difficilement le produire avant le stade terminal : la tumeur serait plus facilement repoussée et refoulerait plus aisément l'œsophage, conduit souple, qu'elle ne pourrait comprimer suffisamment la trachée, conduit semi-rigide par le squelette fibreux que forment ses anneaux.

3. — *La toux.*

La toux peut s'accompagner d'une expectoration muqueuse ou muco-purulente. Nous laisserons de côté cette forme qui n'a de valeur que par l'expectoration que nous retrouverons au paragraphe suivant, et nous ne nous occuperons ici que de la toux dans sa forme la plus simple : la toux sèche.

Quoi de plus commun, quoi de moins gênant : si la toux survient progressivement, et c'est le cas, on commence à tousser sans y prêter grande attention; on continue ensuite par habitude. Il est souvent bien difficile de convaincre un malade qu'il tousse et, quand il l'a admis, il est quasi-impossible de savoir même très approximativement quand il a commencé. Lorsqu'il a de longues quintes survenant par accès plus ou moins rapprochés entrecoupés d'inspirations pénibles, bruyantes, avec tirage sus-claviculaire, c'est autre chose évidemment, mais cet état est plus tardif, et le début réel nous intéresse davantage. L'entourage nous apporte souvent plus de précisions : on apprend alors que cette toux est déjà ancienne, que c'est l'un des premiers signes qui sont apparus.

Du reste, peu importe : ce réflexe provient aussi bien d'une trachée envahie par une tumeur que d'un larynx irrité par le tabac, aussi bien d'un œsophage cancéreux que d'une corde vocale paralysée. Ce n'est pas un symptôme précis, c'est un symptôme banal : tout au plus pourrait-elle conserver quelque valeur si on la constate soi-même, avec son timbre rauque, sourd et bitonal, avant tout autre signe et en dehors de toute autre affection pulmonaire possible. A partir du moment où d'autres symptômes de cancers trachéaux sont apparus, ou à partir du moment où un cancer œsophagien est diagnostiqué, elle perd à peu près toute valeur si elle n'est accompagnée de l'expectoration.

4. — *L'expectoration.*

S'il est très difficile de connaître les débuts de la toux, il est relativement plus aisé de retrouver ceux de l'expectoration. C'est un symptôme qui gêne bien plus le malade : les contingences sociales le force très souvent à utiliser son mouchoir ou un crachoir pour récolter ses crachats; il s'en rend compte et s'en souvient. D'autre part, ces sujets déjà âgés, ayant peut-être aussi, inconsciemment, une certaine difficulté à déglutir, n'avalent pas leurs mucosités.

Quoi qu'il en soit, on constate, en parcourant les observations de cancers trachéaux, que l'expectoration est un symptôme constant et le plus souvent précoce. Sa date d'apparition est contemporaine ou suit de peu celle de la toux; nôtre observation ne fait pas exception et nous voyons apparaître l'expectoration muco-purulente dès le début.

Due sans doute à l'irritation de la muqueuse au voisinage de la tumeur, cette expectoration est continue; toujours présente pendant des mois, seule sa quantité quotidienne varie. Discrète au début, son abondance devient ensuite moyenne et ne semble jamais dépasser la valeur d'un demi-crachoir. Ce sont des crachats muqueux, légèrement gommeux, incolores, inodores et transparents, contenant des bulles d'air et parfois de petites masses grisâtres; souvent aussi, ces crachats deviennent muco-purulents, formant de petites masses homogènes ou granuleuses, de couleur jaunâtre ou verdâtre, nageant dans une couche de salive plus ou moins abondante.

Le laboratoire n'y découvre pas de bacilles de Koch, mais quelquefois des globules de pus, des germes banaux, des cellules épithéliales et des hématies. Il pourrait aussi y trouver des cellules néo-plasiques, mais c'est une recherche très difficile et trompeuse qui

n'aurait quelque valeur que faite par des micro-biologiques des plus entraînés.

Une telle expectoration survenant chez des sujets de plus de quarante-cinq ans, n'ayant pas un passé de tousseurs et de cracheurs chroniques, ne présentant pas d'affections bien déterminées, doit faire songer au cancer trachéo-broncho-pulmonaire; et on devrait mettre tout en œuvre pour en faire le diagnostic précoce.

Jamais le cancer œsophagien ne donnera un tel tableau, à moins qu'il n'ait envahi ou ne soit sur le point d'envahir la trachée ou les bronches.

5. — *L'hémoptysie.*

L'hémoptysie foudroyante ne se rencontre pas. L'hémoptysie abondante est très rare. JOUSSEAUNE rapporte cependant un cas où le malade emplit pendant plusieurs jours un quart à un demi-crachoir de sang.

Le plus souvent, nous devrons nous contenter de quelques expectorations plus ou moins teintées, de quelques particules mêlées à du mucus, ou tout au plus de deux à trois gros crachats sanglants. Ces hémoptysies sont habituellement intermittentes, exceptionnellement continues.

Devant ces crachements de sang, on devra éliminer évidemment l'épistaxis, la stomatorragie et l'hématémèse. Les régurgitations de sang, d'origine œsophagienne, lorsque ce conduit est lésé par un cancer, peuvent aussi venir se mêler aux crachats du malade. Cependant, il est relativement aisé, quoiqu'on en dise, même par l'interrogatoire seul, lorsque les faits se sont déroulés à une date antérieure, de découvrir une origine assez précise à ce sang.

Si alors on élimine les autres causes pulmonaires et trachéales, directes ou indirectes, ce symptôme va pré-

senter un signe de la plus haute importance car seule une atteinte trachéale, et une atteinte sérieuse, est responsable de cette hémoptysie. Elle est malheureusement rare, avons-nous dit; elle est aussi tardive et n'apparaît qu'exceptionnellement au début.

D'ailleurs, dans les cas précoces, on pense avant tout à une maladie mitrale ou à une tuberculose dont on cherche longuement les preuves, sans songer, le plus souvent, à cette affection rarissime qu'est la néoplasie trachéale. Le cancer gagne alors tranquillement de proche en proche, et le malade, bientôt dysphagique, est dirigé sur un service de gastro-entérologie qui en fait un cancer œsophagien à propagation trachéale.

6. — *La dysphagie.*

C'est une difficulté pour déglutir due à un rétrécissement de l'œsophage, auquel vient s'ajouter un spasme par excitation réflexe du vague. Ce spasme surajouté explique que la dysphagie soit capricieuse, présentant des alternatives de rémission et de paroxysme, cédant aux médications sympathico-mimétiques et, en particulier, à l'atropine.

Cette dysphagie est progressive : si, au début, c'est une simple sensation d'arrêt plus ou moins transitoire dans la descente d'un bol alimentaire solide, peu à peu les accès se répètent et se prolongent, interdisant bientôt les liquides, et finalement elle devient complète et continue. A ce moment, si paradoxal que cela puisse être, les aliments semi-liquides (et c'était le cas de notre malade) sont habituellement les mieux tolérés; il faut peut-être admettre que leur consistance leur permet d'une part de s'écouler dans l'orifice rétréci, et que d'autre part ils peuvent mieux que les liquides forcer le spasme surajouté.

La dysphagie s'accompagne le plus souvent de sialorrhée et de douleurs qui sont plus ou moins calmées par les régurgitations d'aliments ou de sang.

Le rétrécissement œsophagien, dans les cas qui nous intéressent, est très souvent dû à la présence d'une tumeur intrinsèque primitive ou d'envahissement; mais il peut être aussi la conséquence d'une compression des parois œsophagiennes par une cause extrinsèque en général, et à l'action d'un cancer trachéal en particulier. La dysphagie peut donc être le symptôme d'un cancer trachéal ayant envahi l'œsophage, ou le comprimant simplement : elle peut en être l'un des premiers symptômes, tout autre signe respiratoire pouvant, à l'exception de la toux, être longtemps à l'état de latence.

QUELQUES SIGNES D'IMPORTANCE SECONDAIRE

1. — *L'amaigrissement.*

Lorsque la dysphagie s'est installée, l'amaigrissement a une cause toute trouvée dans le fait que le malade qui, rappelons-le, a conservé un appétit très satisfaisant, éprouve une difficulté plus ou moins grande à s'alimenter convenablement. Mais la clinique nous apprend que l'amaigrissement apparaît bien avant cette dysphagie, que nous soyions en présence d'un cancer de l'œsophage à son début, ou d'un cancer trachéal avant toute phase d'envahissement ou de compression œsophagienne; c'est un amaigrissement parfois important : ainsi, dans notre observation, le malade avait noté une perte de poids alarmante bien avant de ressentir les premières difficultés pour avaler et, près de cinq mois s'étaient écoulés entre ces deux constatations. Cela du reste ne nous étonnera pas, si l'on se rappelle que tous cancers, même ceux qui n'ont aucun rapport avec le tube digestif et ses annexes, comme le cancer du sein, entraînent un amaigrissement très notable.

On doit donc invoquer d'une part les troubles de l'assimilation dus à un état général créé par la présence du tissu cancéreux, troubles dont on est encore incapable de trouver une explication; d'autre part, trachée et œsophage ayant, comme nous le verrons au paragraphe suivant, des rapports étroits avec le grand col-

lecteur lymphatique, il se peut qu'il y ait oblitération du canal thoracique par embolus cancéreux et, par là, atteinte profonde du métabolisme des lipides.

Quoi qu'il en soit, tout cancer trachéal ou œsophagien, et tous cancers en général, amènent un amaigrissement notable avec déshydratation et pigmentation jaune des tissus. Cet amaigrissement est très précoce et, devant tout homme, non tuberculeux, ayant dépassé quarante-cinq ans, qui se met tout à coup à maigrir sans cause apparente, on doit redouter l'apparition d'un cancer, sans qu'on ne puisse penser à une localisation plutôt qu'à une autre.

2. — *Les adénopathies et métastases.*

Cancers trachéaux et œsophagiens donnent des réactions ganglionnaires touchant les chaînes latéro-trachéales, inter-trachéo-œsophagiennes, ou inter-trachéo-bronchiques; plus exceptionnellement les chaînes jugulaires ou sous-clavières sont atteintes, présentant des ganglions durs et roulant sous le doigt, pouvant rapidement adhérer au plan profond ou s'abcéder. Lorsque leur volume est suffisant, ils peuvent apparaître à la radio sous forme d'images opaques et arrondies dans le médiastin ou la région para-hilaire. Mais trachée et œsophage peuvent donner la même topographie car leur système lymphatique est commun.

En effet, dans la muqueuse, dans la sous-muqueuse et dans la musculaire de ces deux conduits, un vaste réseau se continuant en haut avec celui du larynx, en bas avec ceux des bronches et de l'estomac, envoie de courtes ramifications vers les ganglions latéro-trachéaux, inter-trachéo-œsophagiens et inter-trachéo-bronchiques. Ces chaînes ganglionnaires vont se continuer avec les chaînes jugulaires et sous-clavières, et se jeter en grande partie dans le confluent du canal

thoracique, de la jugulaire interne et de la sous-clavière gauche, soit directement, soit après abouchement dans le canal thoracique.

Cette disposition explique aussi que la localisation habituelle des métastases soit semblable dans l'un et l'autre cas. Ces métastases sont d'ailleurs très rares dans ces deux formes, et les moins exceptionnelles se font dans le foie, le poumon et le squelette.

3. — *Les douleurs.*

Nous n'en dirons qu'un mot : elles sont rarement vives, se localisant alors derrière le sternum ou dans le dos. Habituellement, c'est une simple gêne, une sensation de « boule », de corps étranger rétro-sternal, le plus souvent haut située : immédiatement au-dessous du larynx. Lorsqu'elles apparaissent, elles sont généralement tardives et passagères.

4. — *L'anémie.*

Elle est commune à tous les cancers. Elle se caractérise par une certaine pâleur apparaissant sous une pigmentation jaune paille. La numération montre une diminution plus ou moins notable des globules rouges avec anisocytose (globules géants et nains quelquefois pris pour les parasites du cancer) polychromatophilie, poïkylocytose, normoblastose. La formule blanche montre une mononucléose avec prédominance des moyens mononucléaires ou des lymphocytes. En fait, cet examen est sans intérêt.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. — *Radioscopie et radiographie.*

En pathologie trachéale, la radio apporte peu d'éléments au diagnostic. Certains auteurs admettent que sous certains angles, soit de face, soit de profil, on peut remarquer l'altération des deux contours de la trachée venant signer la présence d'une néoplasie; on apercevrait même parfois celle-ci sous forme d'une image opaque à contours flous. En réalité, ces images, lorsqu'elles sont visibles, sont toujours d'une interprétation difficile par suite des interpositions multiples que l'on rencontre dans le médiastin. La radiographie après injection lipiodolée n'apporte aussi, le plus souvent, rien de précis; et cet examen étant généralement inutile dans ce cas, est donc à délaisser en faveur de l'endoscopie qui, ni plus dangereuse ni plus pénible, est seule capable d'apporter une conclusion.

La radio simple montrera souvent des opacités arrondies, homogènes et de dimensions variées, siégeant aux environs de la trachée ou dans les régions parahilaires. Ce sont des images de ganglions volumineux laissant soupçonner une tumeur de voisinage.

On profitera de cet examen pour rechercher l'état de l'aorte et l'absence certaine d'anévrisme, et pour contrôler l'état des poumons et de la plèvre. Ensuite, on fera absorber une bouillie opaque, un peu épaisse,

pour dépister la présence d'un cancer œsophagien, cancer primitif ou de propagation.

La radio n'apportera donc pas de preuves réelles du cancer trachéal, mais elle permettra d'en renforcer la suspicion en éliminant les autres diagnostics possibles et elle engagera à poursuivre les recherches en pratiquant une endoscopie.

2. — *La bronchoscopie.*

La bronchoscopie est entrée aujourd'hui dans la pratique courante. C'est le moyen capital, le seul, de faire un diagnostic de cancer de la trachée. Entre les mains d'un spécialiste entraîné, elle est absolument sans danger et elle est indolore; tout au plus, le patient ressent-il une sensation quelque peu désagréable d'asphyxie et de striction lors de la pénétration du tube. En une seule séance, on peut très aisément réaliser une bronchoscopie et une œsophagoscopie associées, et on doit combiner systématiquement ces deux explorations toutes les fois qu'on recherche un cancer de l'œsophage ou de la trachée, même si le premier examen est positif, à plus forte raison s'il est négatif.

Que nous montre la bronchoscopie ? Avant tout, lorsque l'on se dirige vers l'entrée de la trachée, on note l'état des cordes vocales qui peuvent être immobilisées, sans coloration anormale, par une compression récurrentielle. Dans la trachée on aperçoit la tumeur le plus souvent haut ou bas située, exceptionnellement au niveau du tiers moyen. Elle se présente sous forme d'une masse bourgeonnante et saignante, pâle ou congestive, parfois nécrotique, envahissant plus ou moins la lumière, s'implantant largement sur la paroi, très rarement pédiculisée; d'autres fois, c'est une simple voussure indurée, recouverte d'un épithélium lisse, brillant, nacré ou rouge vif, souvent saignant et bourgeonnant. Leurs dimensions sont très variables, allant

de la simple granulation jusqu'à l'énorme masse oblitérant presque tout l'orifice. Leurs insertions se font le plus souvent sur la face postérieure ou sur les faces latérales, très rarement sur la face antérieure de la trachée.

Devant toute constatation de ce genre, une biopsie doit être faite, prélevant à la fois du tissu pathologique et de la muqueuse saine avoisinante; seul le laboratoire est capable d'affirmer l'origine bénigne ou maligne de cette tumeur. Une autre biopsie sera pratiquée du côté œsophagien si l'on rencontre une muqueuse pathologique.

3. — *Examen histologique.*

Qu'il s'agisse du cancer trachéal ou œsophagien, seul ou associé, c'est en général un cancer épithélial. Certains sont malpighiens, développés aux dépens du revêtement malpighien du conduit et présentant soit un aspect typique (épidermoïde ou spino-cellulaire), soit un aspect atypique (baso-cellulaire ou mixte). D'autres sont cylindriques, nés aux dépens des glandes œsophagiennes ou trachéales et revêtent parfois des formes diverses : typiques, papillaires, pseudo-acineuses, atypiques ou mucoïdes (cancer colloïde des anciens auteurs). On a signalé quelques cas mixtes où peuvent se voir des cancers contigus. Enfin, très exceptionnellement, on est en présence de sarcomes (fibro-sarcomes, sarcomes à cellules rondes, angio-sarcome), ou plus exceptionnellement encore, en présence de dysembryomes.

Ces formes histologiques sont communes aux deux localisations. La durée de leur évolution est équivalente et s'étend de quelques mois à un ou deux ans. Elles n'ont aucune tendance aux métastases, mais s'étendent très rapidement hors de leur lieu d'origine envahissant précocement, par extension, les organes voisins.

VERS LE DIAGNOSTIC DE CANCER TRACHEAL

1. — *Toux et expectoration.*

Tous cancers trachéaux débutent par la toux. Mais c'est un symptôme si banal que souvent, pas plus le médecin que le malade n'y prêtent attention, l'attribuant à une laryngite ou à une broncho-trachéïte chroniques.

Cependant, l'apparition d'une toux continue, rauque, sourde et parfois bitonale, ramenant bientôt une expectoration muqueuse puis muco-purulente, chez un homme de quarante-cinq ans et plus, n'étant pas un ancien tousseur, devrait faire redouter un cancer de l'arbre respiratoire; tout devrait alors être engagé pour en faire le diagnostic.

La radio éliminera les compressions par un anévrisme de l'aorte, une tumeur du médiastin, ou, après ingestion de bouillie barytée, d'un cancer de l'œsophage; parfois, on reconnaîtra une adénopathie satellite. On examinera avec soin les deux champs pulmonaires à la recherche d'une image de bacillose, de sclérose (à laquelle il ne faudra pas trop s'arrêter), de cancer ou de réaction liquidienne.

Le laboratoire sera consulté et les crachats, homogénéisés, seront cultivés et inoculés au cobaye plusieurs fois, avant d'affirmer l'absence de bacilles de

Koch, permettant d'éliminer le diagnostic de tuberculose.

Tous les examens étant négatifs, il sera prudent de proposer un examen endoscopique devant toute toux qui s'éternise ainsi sans cause apparente, surtout si l'on voit apparaître un amaigrissement important, amaigrissement que l'on doit rechercher par des pesées bimensuelles.

2. — *L'amaigrissement.*

En effet, après la toux, c'est l'amaigrissement, symptôme constant, qui vient compléter le tableau. Chez cet homme déjà âgé, on ne peut guère discuter, en dehors de toute infection aiguë, ou de sous-alimentation par des causes sociales ou morales (le cancer trachéo-œsophagien conserve, au malade, rappelons-le, un appétit très satisfaisant), que l'amaigrissement sénile, le diabète, la tuberculose pulmonaire, les affections cardio-artérielles ou le cancer.

La maigreur sénile s'échelonne sur de nombreuses années : elle est lente et ne s'accompagne pas de toux. Le diabète sera facilement éliminé par les examens des urines et du sang. La tuberculose, surtout, sera écartée par des examens systématiques de crachats et une bonne radio pulmonaire. Les maladies du cœur n'entraînent un amaigrissement qu'à leur phase terminale de cachexie cardiaque et les vieux artério-scléreux ne maigrissent que très lentement.

Il reste donc les cancers et, parmi les cancers, la toux entraîne à penser tout naturellement, après avoir éliminé le cancer de l'estomac par l'absence des douleurs et des dégoûts alimentaires variés, au cancer trachéal, pulmonaire ou œsophagien : l'endoscopie s'impose alors sans attendre que ne survienne la dysphagie.

3. — *La dysphagie.*

Ce symptôme ne se discute pas et, tout médecin, en face d'un dysphagique, demande rapidement une radiographie qui a tôt fait de dépister un goître, un anévrisme de l'aorte, une tumeur médiastinale, un diverticule œsophagien ou, encore, une sténose œsophagienne qui entraîne l'œsophagoscopie et la bronchoscopie venant signer le diagnostic, mais souvent tardivement.

Ceci est la marche la plus courante des cancers trachéaux. Mais, dans certains cas, d'autres signes surviennent avant la dysphagie, déterminant des formes dysphoniques, dyspnéiques ou hémoptysiques.

4. — *La dysphonie.*

La dysphonie, quoique très rarement, peut apparaître avant toute symptomatologie œsophagienne. On devra tout d'abord distinguer cette dysphonie par paralysie des inflammations caractérisées par la rougeur et l'œdème des cordes vocales apparaissant au cours des laryngites catarrhales provoquées par le froid, la fatigue vocale ou toute cause infectieuse locale ou générale. On devra encore les distinguer des laryngites chroniques caractérisées par la rougeur ou la pâleur, les nodules ou les granules, les lésions hypertrophiques, atrophiques ou ulcéreuses que la laryngoscopie décèle dans les suites des formes catarrhales à répétition, dans la syphilis, la tuberculose ou le cancer laryngé.

Plus difficile sera de reconnaître l'arthrite cricothyroïdienne chronique dont le diagnostic repose sur trois signes :

a) Absence de chute de l'aryténoïde en avant comme dans les vieilles paralysies et absence de chevauche-

ment de l'aryténoïde sain sur l'aryténoïde malade pendant la phonation.

b) Absence d'entraînement de la corde saine au-delà de la ligne médiane.

c) Surélévation de la corde malade par rapport au niveau horizontal de la corde vocale saine, contrairement à ce qui se produit dans la paralysie.

La paralysie récurrentielle ayant été diagnostiquée, la radio montrera si l'on est en présence d'un anévrisme aortique ou de ganglions médiastinaux; la médiastinite syphilitique sera écartée par le Wassermann et les antécédents; la médiastinite tuberculeuse survient surtout dans l'adolescence et, chez l'adulte, on retrouve toujours des signes d'imprégnation tuberculeuse. Il ne restera plus à faire que le diagnostic des tumeurs du médiastin et de la maladie de Hodgkin.

La lymphogranulomatose maligne ou maladie de Hodgkin est caractéristique : à ces ganglions médiastinaux s'ajoute une importante réaction ganglionnaire généralisée avec prédominance au niveau de la région cervicale et sous-maxillaire; la rate elle-même et le foie sont volumineux. A cela, s'ajoutent souvent un prurit intense et une température ondulante. Enfin, la ponction biopsie d'un ganglion montre la présence des cellules de Sternberg.

Quant aux kystes dermoïdes et broncho-géniques, leur diagnostic peut être difficile, et on se basera avant tout sur leur situation (au niveau des pédicules pulmonaires), leur image parfois hydro-aérique et leur volume souvent important.

5. — *La dyspnée.*

On distinguera tout d'abord la dyspnée toxique ou nerveuse à son rythme anormal, souvent irrégulier,

avec polypnée; il n'y a ni cornage ni tirage sus-sternal. La dyspnée des cardiaques s'en rapproche, à cela près, que son rythme est généralement régulier et que c'est avant tout une dyspnée d'effort; de plus, il y a des signes d'auscultation cardiaque, une tension artérielle élevée ou abaissée, une différentielle étalée ou pincée; enfin, souvent s'ajoutent l'oligurie, l'azotémie, l'œdème et l'hydropisie.

La dyspnée laryngée est une gêne progressive apportée à la ventilation pulmonaire par un obstacle laryngé : d'où abaissement inspiratoire du larynx, tirage sus-sternal, dyspnée surtout inspiratoire, cornage, modification de la toux et de la voix. La laryngoscopie fait le diagnostic et nous ramène au paragraphe des dysphonies.

La dyspnée pulmonaire d'origine tuberculeuse sera écartée par la recherche patiente des bacilles de Koch et par la radio. La sclérose, le cancer du poumon et les pleurésies seront recherchés par les examens radiologiques et l'auscultation. L'emphysème se reconnaîtra à sa dyspnée expiratoire et permanente s'aggravant la nuit; à son thorax en « tonneau », inexpansible et tympanique; à la clarté pulmonaire entrecoupée par les côtes horizontales et immobiles lors de l'examen radioscopique. L'asthme est déjà plus difficile à différencier : on se basera sur les accès et la polypnée nocturne, sur l'expectoration caractéristique et sur son début qui remonte généralement à l'âge adulte ou à l'enfance.

Nous en arrivons ainsi au diagnostic différentiel des compressions et des obstacles trachéo-bronchiques et, si nous éliminons lè goître qui donne une image radiologique caractéristique, nous trouvons ces cas déjà exposés au paragraphe des dysphonies par compressions récurrentielles.

6. — *L'hémoptysie.*

Avant tout, on devra éliminer la tuberculose pulmonaire par l'examen radiologique et par l'examen des crachats, en se rappelant que seules les expectorations non souillées de sang peuvent faire l'objet de recherche du bacille de Koch.

Les maladies cardio-vasculaires seront soupçonnées devant l'hypertension ou les signes de rétrécissement mitrale. Le cancer du poumon présente une image tumorale homogène ou nodulaire, disséminée dans les deux champs pulmonaires; souvent, il existe une pleurésie hémorragique.

L'examen des crachats diagnostiquera les mycoses. Une opacité sphérique et régulière dans l'un des champs pulmonaires, associée à l'éosinophilie sanguine, est en faveur des kystes hydatiques.

7. — *Les bronchites chroniques.*

On a pu s'étonner, en parcourant ce chapitre consacré aux diagnostics différentiels, de n'avoir pas rencontré la bronchite chronique. C'est un oubli volontaire, car nous avons voulu la traiter en un paragraphe spécial. C'est, en effet, le diagnostic facile sous lequel se cache le cancer de la trachée et, d'ailleurs, pour bien des praticiens, toute maladie pulmonaire chronique qui n'est ni de l'asthme, ni de l'emphysème, ni de la tuberculose. L'abus en a été d'ailleurs si grand que pour de nombreux auteurs, ce n'est plus qu'une simple complication de la sclérose ou de l'emphysème. Il semble cependant qu'il existe une affection autonome d'un diagnostic d'ailleurs difficile.

Dans les bronchites chroniques, on retrouve la toux, l'expectoration, la dyspnée et même l'hémoptysie et

l'enrouement. Mais cette affection se constitue lentement par une série de rhino-bronchites à répétition. Elle survient le plus souvent chez des sujets porteurs d'obstruction nasale ou de rhino-pharyngite. Ou bien, elle se greffe sur un arbre respiratoire irrité de façon massive, (hypérite, par exemple), ou de façon chronique par des poussières de farine ou de charbon; ce sont encore des cardiaques, des rénaux, des arthritiques ou des diabétiques. On recherchera aussi le bacille de Koch, les spores et les mycellium des mycoses ou le Wassermann de la syphilis, qui peuvent parfois causer des bronchites chroniques. Enfin, une radio avec ou sans préparation lipiodolée peut montrer la présence de dilatations bronchiques chez des anciens tousseurs ayant présenté parfois des expectorations matinales abondantes de 100 à 300 cc. De toute façon, la bronchite chronique ou la dilatation des bronches n'entraînent jamais l'amaigrissement qui survient chez les cancéreux. Et, en résumé : la toux, l'expectoration et l'amaigrissement survenus brusquement, sans raison apparante chez un adulte ayant dépassé quarante-cinq ans, doivent faire suspecter fortement la présence d'un cancer trachéal et un examen endoscopique s'impose.

VERS LE DIAGNOSTIC DE CANCER TRACHEO-ŒSOPHAGIEN

Si l'on a posé le diagnostic de cancer œsophagien situé au-dessus de 26 cm., c'est-à-dire en arrière de la trachée, il reste alors à connaître l'état des voies respiratoires. Cela répond non seulement à une satisfaction, mais encore à la nécessité de pouvoir adapter la thérapeutique à l'importance des lésions et de pouvoir formuler un pronostic plus sûr. Après avoir examiné les symptômes ou les examens qui permettent de suspecter ou d'affirmer le degré d'évolution de la tumeur dans la trachée, nous envisagerons la conduite la plus sage à tenir.

C'est, en premier, la toux et l'expectoration qui permettent d'affirmer avec une certaine certitude si elles sont relativement récentes et continues, de suspecter fortement, dans le cas contraire, l'atteinte trachéale. La dyspnée inspiratoire et expiratoire sans paralysie apparente des cordes vocales et l'hémoptysie dûment différenciée des autres crachements de sang ont, elles aussi, des valeurs presque absolues. Nous avons, en effet, déjà vu que ni la toux, ni l'expectoration, ni la dyspnée, ni l'hémoptysie, ne pouvaient être provoquées par le cancer œsophagien pur.

Par contre, l'inverse n'est pas aussi vrai : le cancer trachéal, à son début, est le plus souvent muet et, rien ne prouve que le cancer œsophagien ne vienne pas

de se propager au conduit voisin; l'absence de ces quatre signes permet donc seulement d'espérer que la trachée est encore respectée; elle ne permet pas de l'affirmer.

La radiographie étant incapable de nous permettre de voir les lésions de l'arbre respiratoire primitif, on devrait donc associer systématiquement à l'œsophagoscopie une bronchoscopie qui est facilement réalisable dans la même séance et qui ne présente aucun danger. Elle montrera soit un cancer déjà évolué, soit une réaction de la muqueuse indiquant que l'envahissement est proche, soit une paroi absolument indemne. Cet examen ne devrait donc plus être réservé aux seuls cas où une exérèse chirurgicale est envisagée, mais s'étendre à tous les cas où une œsophagoscopie est pratiquée. Et c'est ainsi que sur trente cas de cancers œsophagiens situés au-dessus de 26 cm., Rose a trouvé, à Villejuif, neuf cas, où la toux l'avait poussé à faire un examen de la trachée, qui intéressaient à la fois l'œsophage et l'arbre respiratoire.

DE L'ORIGINE DU CANCER TRACHEO-ŒSOPHAGIEN

Jusqu'à présent, on admettait toujours que le cancer trachéo-œsophagien provenait de l'extension d'un cancer de l'œsophage. Il nous paraît logique cependant d'admettre que cette forme pourrait bien être due aussi à l'extension d'un cancer des voies respiratoires supérieures. Voyons successivement ce que les troubles fonctionnels, l'endoscopie et l'examen histologique peuvent nous apporter comme éléments en faveur d'un début trachéal.

1. — *Les troubles fonctionnels.*

Nous ne parlerons pas de la dysphonie et de l'amaigrissement qui sont communs aux deux cancers. Nous parlerons peu de la dyspnée et de l'hémoptysie qui sont rares et toujours tardives, survenant exceptionnellement avant la dysphagie. Par contre, la toux et l'expectoration nous semblent mériter la plus grande attention : toujours précoces, elles attirent avec beaucoup d'acuité l'attention sur les voies respiratoires lorsqu'elles ont débuté avant tout signe œsophagien.

Mais il est évident que lorsque la dysphagie n'a pas été précoce, les premières manifestations fonctionnelles d'un cancer œsophagien peuvent être la toux et l'expectoration, au moment où le cancer atteint les voies respiratoires. Et, inversement, le premier trou-

ble fonctionnel d'un cancer trachéal peut être la dysphagie lorsque le cancer atteint les parois œsophagiennes sans avoir encore donné de signes respiratoires.

2. — *Les aspects endoscopiques.*

Une tumeur peut se développer davantage dans la paroi ou en dehors du conduit où elle est née qu'à son intérieur, et envahir l'organe voisin de façon à paraître en tirer son origine : ce n'est pas parce qu'une tumeur sera plus importante dans l'œsophage que son point de départ ne sera pas trachéal, et réciproquement. D'ailleurs, s'il est souvent assez facile d'en apprécier l'étendue dans la lumière de la trachée, il n'en est pas de même dans l'œsophage : il est, en effet, dangereux de pousser l'œsophagoscope au-delà des premières lésions que l'on rencontre.

3. — *L'examen histologique.*

On ne peut rien en attendre, puisque les tumeurs de l'œsophage et de la trachée peuvent revêtir les mêmes formes histologiques : même les formes glandulaires de l'épithélioma qui pourraient faire songer à l'origine respiratoire du cancer se rencontrent dans les tumeurs de l'œsophage, et c'est même celles qui, du fait de leur situation profonde, ont le plus tendance à se propager à la périphérie.

Quant à la rareté des cancers primitifs de la trachée, elle ne peut être invoquée puisque les observations se multiplient de jour en jour, à mesure que les moyens de dépistage tendent à se perfectionner; il est probable que bientôt les cancers de la trachée seront des affections sinon très fréquentes, du moins aucune-

ment exceptionnelles. Et ces cancers, qui se voient surtout à la période d'envahissement œsophagien ou de fistulisation, étant de plus en plus précocement dépistés, viendront rectifier les statistiques actuelles et placer le cancer trachéal à sa place réelle.

CONCLUSION

I. — Le diagnostic de cancer trachéal devrait être beaucoup plus souvent posé avant toute période d'envahissement œsophagien et, à plus forte raison, de fistulisation. On s'apercevrait alors, très probablement, que cette localisation néoplasique est beaucoup moins rare qu'on ne l'a dit et, le cancer œsophagien moins fréquent qu'on ne l'admet. Ce diagnostic serait réalisable si l'on attachait une importance plus grande à la toux et à l'expectoration continues survenant chez des hommes âgés qui n'étaient ni des tousseurs ni des cracheurs habituels, et qui commencent à maigrir de façon notable sans causes apparentes. Une dyspnée ou une hémoptysie d'origine incertaine survenant chez de tels sujets devraient aussi attirer notre attention vers un cancer trachéal possible. Devant un tel tableau, une endoscopie systématique, examen bénin et indolore, permettrait alors de poser le diagnostic de façon certaine et précoce.

II. — Le diagnostic de cancer œsophagien ayant été posé, il est d'élémentaire précaution de faire systématiquement une bronchoscopie associée à une œsophagoscopie : ces deux examens, se faisant aisément en une seule séance et leurs renseignements précisant le degré d'évolution du cancer, permettront de doser de façon logique les moyens thérapeutiques à utiliser; lorsque l'exérèse chirurgicale est proposée, et il est probable

que dans un avenir proche elle le sera de plus en plus, ce n'est plus une simple prudence, mais une nécessité absolue d'explorer les deux conduits.

III. — Actuellement, il est impossible, en face d'un cancer trachéo-œsophagien avec ou sans fistule, de déterminer lequel de l'œsophage ou de la trachée a provoqué l'envahissement néoplasique : si l'histoire clinique et l'inspection du cancer peuvent logiquement faire penser à un début trachéal ou œsophagien, rien cependant ne permet de l'affirmer de façon absolue. Notamment, on n'apporte de preuves concluantes ni par l'examen histologique, qui révèle les lésions identiques pour les deux cancers, ni par l'étude macroscopique, puisque le cancer peut évoluer davantage vers les organes voisins. Il semble que seul le diagnostic précoce, aussi bien du cancer œsophagien que du cancer trachéal, puisse en apporter la solution en révisant dans un sens ou dans l'autre les statistiques actuelles.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
BARIETY

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

1930.

Chevalier. — Cancer primitif de la trachée à début dysphagique. (*Lyon Médical*, 1930, t. II, p. 309 à 315.)

Gaillard (R.). — Epithélioma primitif de la trachée. (*Rev. de Laryngologie d'Otologie*, n° 23, 15 décembre 1930.)

1931.

Dumas (A.) et Guichard (A.). — Cancer primitif de la trachée. (*Sté Nationale de Médecine et des Sciences Médicales*, séance du 17 juin 1931.)

1932.

Baratoux. — *Thèse* : 56 observations de cancers trachéaux (Paris, 1932).

Clavel et Mounier-Kuhn. — Néoplasme trachéal, cas pour diagnostic. (*Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales*, séance du 4 mai 1932.)

1934.

Carnevale Ricci. — Tumeurs malignes primitives de la trachée. In : *Bronchoscopie œsophag. et gastr.*, janvier 1935.)

Jousseaume (R.) et Devé (F.). — Cancer de la trachée secondaire à un cancer œsophagien. Hémoptysies, cornage, crises dyspnéiques. (*La Normandie Médicale*, n° 7, juillet 1934, p. 195.)

Likely Simpson (M.) et Moore (Robert). — Adéno-carcinome colloïde primitif du tiers inférieur de la trachée. (*Bronchoscopie, Œsophagoscopie et Gastroscopie*, 1935, n° 2, p. 172.)

1935.

Abbaté (R.). — Sopra un caso di carcinoma delle œsofago con propagazione al fascio vascolo-neroso di destra ed alla trachea. (*Valvalva*, II, p. 395 à 404, juillet 1935.)

Soerensen-Schoetz. — Sarcome de la trachée. (In : *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 5, mai 1935.)

Stenn (F.). — Carcinoma of trachea, review of recent literature and report of case. (*Arch. Otolaryng.*, 21, 190-198, février 1935.)

1936.

Guttmann (M.-R.). — Primary adenocystic carcinuma or cylindroma of trachea. (*Annales Oto. Rhino. et Laryngo.*, 45, p. 894 à 901, septembre 1936.)

Hinójard (Carlos). — Adéno-carcinome de la trachée à propos d'un cas. (*Bronchoscopie, Œsophago. et Gastro.*, 1936, n° 3, juillet.)

Leroux-Robert (Jean). — Les cancers primitifs de la trachée. Etude anatomo-pathologique. (*Les Annales d'Oto-Laryngo.*, n° 5, mai 1936, p. 493).

X... — L'épithélioma primitif de la trachée. (*Journal des Praticiens*, n° 33, 15 août 1936.)

1939.

Leroux-Robert. — Un cas de cancer primitif de la trachée. (In : *Les Annales d'Oto-Laryng.*, mars 1939, n° 3, p. 304.)

1940.

Cann (J.). — Carcinomé baso-cellulaire de la trachée. (In : *Broncho., Œsophago. et Gastro.*, n° 1, mars 1940.)

1942.

Ameuille (P.). — Cancers broncho-œsophagiens. (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 5, 6, 7 et 8. Séance du 6 mars 1942, p. 113 à 115.)

Bengtsson. — Sarcomes intra-trachéaux. (*Nordisck Medicin.*, n° 48, 27 novembre 1942.)

OLSEN (A.-M.). — Carcinome de la trachée (In : *Annales d'Oto-Laryngo.*, n° 1 à 3, janvier-mars 1942, p. 73.)

1943.

BRUN (Marcel). — Les sarcomes primitifs de la trachée. (*Thèse de Montpellier*, 1943.)

1944.

DUCUING. — Les cancers primitifs de la trachée. (*Oto-Rhino-Laryngologie Internationale*, n° 2, février 1944, pages 33-35 et n° 3, mars 1944, p. 74 à 83.)

FABRE et BRUN. — Les sarcomes primitifs de la trachée. (*Gazette des Hôpitaux de Paris*, n° 2, 10 janvier 1944, p. 21 et 22.)

1945.

FABRE (Louis). — Les sarcomes de la trachée. (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, tome XII, 1944-1945, n° 12, octobre-décembre 1945, p. 477 à 488.)

1946.

HORST (A.). — Cancer de la trachée évoluant sous forme d'asthme bronchique. (In : *La Semaine des Hôpitaux*, n° 8, 28 fév. 1947, p. 495.)

OLSEN (M.). — Le cancer de la trachée. (In : *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 9 à 10, septembre-octobre 1946, p. 483 à 484.)

TERRACOL (J.), FABRE (L.) et CHALMETON (J.). — Cancer de la trachée à forme dysphagique. (*L'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale*, n° 6, juin 1946, page 135 et 136.)

1947.

ELLMAN-WHITTAKER. — Cancer primitif de la trachée. (In : *Revue de la Tuberculose*, n° 11 et 12, 1947, p. 923.)

REBATTU, RABASTE et LANCON. — Epithélioma primitif de la trachée. (In : *Lyon-Médical*, n° 9, 2 mars 1947, p. 149 et 150.)

1948.

ROSE (Y.). — Neuf cas de cancers trachéo-œsophagiens. (*Journal de Médecine et Chirurgie Thoracique*, mai 1948.)

Imprimerie
R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)